

要 旨

「精神保健福祉学」の構築

- 精神科ソーシャルワークに立脚する実践科学として -

大西 次郎

精神科ソーシャルワーク実践の理論化を図る、「精神保健福祉学」を構築する動きが精神科ソーシャルワーカーを中心にみられ、新たな学会の設立へとつながった。ただし、精神保健福祉の語が一般化したのは 1990 年代で、精神保健福祉士という国家資格により定着したのであって、精神科ソーシャルワーク実践の 60 年以上の歴史に比べその起源はごく新しい。

精神障害者に対する援助専門職として資格化され、社会の認知と活躍への期待が高まった。しかし、現実には医療観察法や障害者自立支援法の制定、あるいは精神保健福祉法の改正などのたび、制度に組み込まれて組織の運営や当事者の処遇に追われる状況である。精神障害者の社会的復権と地域生活支援を目指す、精神科ソーシャルワーカーの真価はもっと理解されてよい。

2013 年から国の医療計画の対象に精神疾患が加えられ、今やこころの健康は国民に広く関わる問題である。従って、疾病と障害をあわせ持つ精神障害者に対し、保健医療と社会福祉を橋渡しする精神科ソーシャルワーカーの職務はいっそう重要である。精神科ソーシャルワーカーは、法・制度内の役割遂行にとどまらず、精神障害者に果たしてきた支援の蓄積を可視化し、多職種協働による実践の理論をさきがけて提起すべきである。

専門職としての責務は、現代の法・制度のもと精神保健福祉士として精神障害者に対す

る包括的な支援を担うことと、歴史的な精神科ソーシャルワーカーとして当事者の多様なニーズの充足を図ることである。本稿は、それら両者を統合する「精神保健福祉学」の構築における橋頭堡である。

第 章では、精神科ソーシャルワーク領域はもとより、ソーシャルワーク全体において実践の科学化が十分に進んでおらず、現場におけるソーシャルワークの基礎となる理論が求められている状況を振り返る。

理論を構築する意義は、当事者の側にこそ認められねばならない。そして、理論の創生には実践と研究の結びつきが重要である。本稿で論じる体系的な実践科学、すなわち「精神保健福祉学」には当事者、実践者、研究者それぞれの参画、および当事者によるサービスの統制という原則がある（１）。

精神保健福祉士制度は資格者の継続的な養成に結びつき、教育の裾野と支援の広がりをもたらした。一方、精神科ソーシャルワーカーが端緒を開いた「精神保健福祉学」の構築は、経験を「学」へ洗練しようとする。そこで、精神医学を対照に学会活動を卒後教育・市民啓発と学術理論の追求へ分け、それぞれへの特化の前提となる実践と研究の循環を示したうえで、「精神保健福祉学」では双方の統合的な発展が望ましいことを示す（２）。

第 章では、「精神保健福祉学」の構築に関連した先行研究を検証する。

1990 年代以降も、精神保健福祉の概念や理論を確立しようとする報告の数は、社会福祉における同様の試みに及ばない。理由として、精神保健福祉が「士」を付した限定的な資格名である一方、保健医療と社会福祉の領域を広く横断する分野名でもあるという二面性があげられ、ここから成果の系統的な蓄積という課題が導かれる（１）。

次いで、「精神保健福祉学」が科学史のうえで固有の学問領域を意味する「ディシプリン」

に相当するか検証する。「精神保健福祉学」はパラダイムが明らかでないため、クーンに従えばまだ萌芽状態にある。ただし、生命倫理学のような複合・俯瞰的な現代の科学として存在の担保をみている（２）。

第 章では、精神保健福祉以前の精神科ソーシャルワーク実践史に着目し、1960 年代までにみられた医療ソーシャルワークとの相違を描出する。

戦後、精神科ソーシャルワークを含む医療ソーシャルワークの概念が広まり、とくに日本医療社会事業協会の機関誌として 1964 年から出版された『医療と福祉』誌上の医療社会事業論争は貴重な歴史資料である。

論争において、医療ソーシャルワーカーが広範な医学知識を求められる一方、身分法や保険点数の裏づけがないまま医療職から独立して社会環境の調整を担っていること、精神科ソーシャルワーカーが精神障害者の社会復帰に携わる専門職として認知されていることを示す固有の論点が提起された。

第 章では、医療ソーシャルワーカーと精神科ソーシャルワーカーがともに実践の場とする「ソーシャルワークと医療の重複領域」における、1960～1980 年代の医療ソーシャルワーカーの動向を検証する。

ここでは社会福祉学をソーシャルポリシーとソーシャルワークの領域にまたがり、両者が結びついて機能するものと定義する。この社会福祉学のうちソーシャルワークに立脚し、医療ソーシャルワーカーと呼ばれる職能集団に精神科ソーシャルワーカーが属すと一般的に位置づけられる。

また、1964 年に発足した日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会は、設立趣意書で精神科ソーシャルワーカーを「学問の体系を社会福祉学に置き、医療チームの一員として精神

障害者に対する医学的診断と治療に協力...する専門職」としている。そのため、実践の場は当初、ソーシャルワークと医療の重なる領域が主体となる（１）。

医療ソーシャルワーカーは 1960 年代に結核が公衆衛生上の課題でなくなると、疾病構造の変化と高齢社会の到来による退院援助機能へ、また、疾病から万人の普遍型福祉へと活動の軸を移した。一方、現代の精神科ソーシャルワーカーは同様に精神障害者の地域移行を職責とするものの、当時は長期・社会的入院の流れのなかにあった。また同時期、Y 問題を契機として病者にとどまらず、地域における生活者としての精神障害者の人権問題に対する意識を高めた（２）。

1980 年代、従来は精神科医療の範疇外とみられた領域を医療的に再定義する現象（医療化）が広まった。医療化は医療職による一方的な行為でなく、非医療職との相互作用で生じる。また、特定の「現象・行動」を医療化の対象として設定できる。さらに医療化は不可逆な現象でなく、逆の過程（脱医療化）が存在する。以上の理論（社会構築主義）に基づき、医療ソーシャルワーカーと精神科ソーシャルワーカーの、医療化に対する動向を検証する（３）。

医療の量的・質的な適応の拡大は、ソーシャルワーカーと医療職がかかわる範囲を広げた。ここで医療ソーシャルワーカーは、「医療職が行うことを行わない」選択をとった。すなわち「医療化」は、医療側に帰する“医療による医療化”と、医療ソーシャルワーク側の行動である“福祉による脱医療化”の相互作用からなる。これに対し、精神科ソーシャルワーカーは保健医療と社会福祉をつなぐ架橋者として振る舞うことで、両者の差異がみられる（４）。

第 章では、社会福祉士及び介護福祉士法の成立（1987 年）でみられた、厚生行政からの社会福祉職能・教育団体への関与と、医療ソーシャルワーカーの資格化の留保による問

題の積み残しを確認する。

1986 年、行政による国家資格化の意向を受けてソーシャルワーク関連団体の活動が活発化し、翌年の法の成立へ結実した。各種の反対運動に対して厚生省（当時）が調整役を果たしたため、行政主導の法制化へソーシャルワーカー自身より、自らの専門性に対する疑義が表明された（１）。

法の対象は専ら高齢者、なかでも身体障害を有する者であり、加えて医療ソーシャルワーク実践の蓄積が資格化の理由に用いられ、一部のソーシャルワーク領域では成立を評価しない姿勢があった。また、結果的に医療ソーシャルワーカーが独自の資格として定められなかったため、後年の精神科領域に限定した国家資格化への布石となった（２）。

第 章では、1980～2000 年代の、英米のソーシャルワーカーに関連する資格・教育制度を概観する。

アメリカは州レベルでソーシャルワーカーの資格試験が管理・運営されている。これはわが国との根本的な相違である。また教育面では、ソーシャルワーク教育協議会が定めたプログラムに沿った共通性が認められ、ソーシャルワーク修士とソーシャルワーク学士が養成されている。精神医療保健福祉領域では前者の頻度が高く、学士レベルの教育を基本とするわが国と異なっている。

イギリスは統合的なソーシャルワーカー資格である Diploma SW が整備され、18 歳以上のジェネリックな養成課程に位置づけられている。この点はわが国と似る。ただし、メンタルヘルスの専門職は、Diploma SW に上積みされた認定ソーシャルワーカー制度があるものの、精神科ソーシャルワーカーという呼称は広く用いられてはいない。これは制度や名称が社会福祉士と精神保健福祉士へ明確に分けられる日本との違いである。

ソーシャルワークはアメリカとイギリスで発展したが、わが国のソーシャルワーカーの

あり方は資格制度や職域、専門職団体の様相が異なるため、諸外国との対比へ留意しつつも日本独自の専門職や資格の体系が必要である。

第 章では、精神保健福祉の語が一般化する 1990 年代以降、「ソーシャルワークと医療の重複領域」における、精神科ソーシャルワーカーの動向を検証する。

精神保健福祉法（1995 年）から精神保健福祉士法（1997 年）へ至る過程で、精神科ソーシャルワーカーは“福祉による脱医療化”に与しなかった。逆に、保健医療と社会福祉をつなぐ精神保健福祉の語と、その名を冠した国家資格の創設で、医療ソーシャルワーカーとの違いは明確になる。

もともと日本医療社会事業協会は医療福祉士(仮称)制度の確立を目指していたが、1990 年以降は資格を社会福祉士へ一本化した。このことは精神保健福祉士の制度化後、社会福祉士との両カリキュラムを備える必要性に迫られた教育機関で、医療ソーシャルワークの特色を出しづらい状況を招いた（1）。

1990 年代には社会福祉士の養成教育の普及によって、社会福祉学の体系が国家試験へ対応したカリキュラムに変貌し、教育や研究の重点はソーシャルワークへ向かった。一方で、法・制度への関心が後退し、社会福祉学の「ソーシャルワーク重点化」が生じた（2）。

これに対し、精神科ソーシャルワーカーによる医療者との架橋行動は、学際的な取り組みを促した。だが領域横断的な職務は、施策展開の遅れた精神障害分野で国家資格創設にあわせて特徴づけられたため、学問的な基盤を質される状況が現出した（3）。

精神保健福祉士養成カリキュラムの変更（2012 年）により、法・制度解説の割合が増える一方で、ソーシャルワークの価値や理念が軽視され、専門職としてのアイデンティティが曖昧となった。国家資格化による裾野の広がりが知識や技術の偏重へ結びつきかねず、精神科ソーシャルワーカーにとって実践の基礎となる理論の構築が急務となった（4）。

2008 年と 2011 年の日本学術会議による提言では、精神保健福祉士に対し医療ソーシャルワーカーが国家資格ではない認定資格へ位置づけられ、両者が並立している。すなわち制度上、精神科ソーシャルワークと医療ソーシャルワークは別であることが示唆される。ソーシャルワークの医療における実践である医療ソーシャルワークと比して、精神科ソーシャルワークはソーシャルポリシーとの深いかかわりに特徴がある（５）。

第 章では、精神科ソーシャルワーク実践を理論化する「精神保健福祉学」の実像を描出する。まず、基盤となる社会福祉学の現代的特質を明らかにする。どちらの目的も第一に当事者の社会的復権と地域生活支援であるため、彼（女）らが有する経験知（知恵）を論考の起点とし、その流れを示す（１）。

専門職と当事者の力関係には専門職優位な非対称性がある。これを対称化するには、当事者の言説から学ぶ姿勢が大切である。近年のソーシャルワークは実践および研究の多くが当事者との関係を前提とし、質的に共通した「研究的実践」である。実践者と研究者の違いは、人間から環境へ向かう帰納的アプローチに実践者が、観察事実を検証する演繹的アプローチに研究者が属すといった、当事者への接近方法に収斂する。

他方、これはソーシャルポリシーへ重きを置かなくなった帰結でもある。専門職がソーシャルワークを媒介に実践を展開しても、当事者がソーシャルポリシーより受ける影響は直ちに減らない。そして、わが国の精神障害者はソーシャルポリシーと相克的な状況にあった。精神科ソーシャルワークにおいて環境から人間に向かう演繹的アプローチは、研究者からの接近法にとどまらない（２）。

精神科ソーシャルワーカーは長期・社会的入院、低い水準の医療体制、福祉制度の遅れ、そして社会防衛として構造的にそれらを支えてきた施策の変革を伴うシステムを築かねばならない。「精神保健福祉学」の構築は、社会制度を活用する帰納的な視点の保持とともに、

それらを新たな体系へ改めていく演繹的な努力によって現実化する（３）。

2013年に精神保健福祉法が改正され、医療保護入院の要件へ新たに「家族等の同意」が設けられた。これに対し日本精神保健福祉士協会は、素案の段階で精神科ソーシャルワーカーが「同意でなく関与」を行うと位置づけた。他方、同法による移送制度では、かねてより精神科ソーシャルワーカーの見立てが精神保健指定医の判断に影響を与えている。

つまり、新たな医療保護入院における見立てが同意か、関与かは法律上の差であって、実践上は同等と言えよう。従って、「Ｙ問題ではないのか」の疑念の解決には、関与の確認からさらに一歩進まねばならない。この問い立てを、多職種協働の現況に即して検証するのが「精神保健福祉学」である。

その検証は、一職種の同意・関与といった精神保健福祉法内の位置づけにとどまらず、人権擁護の観点から当事者の立場で行われる。「精神保健福祉学」における精神保健福祉とは、国家資格名称の一部というより、学際領域における当事者の問題解決へ向けた理論だからである（４）。

社会福祉、医療、教育は、わが国の制度のなかでしばしば並列的に論じられる。教育学をめぐる近況は、方法論としてのナラティブや実践と研究の循環、法・制度への目配りなど「精神保健福祉学」と共通する点が多い。なかでも長期にわたる実践知の蓄積に対し、短絡的な理解や模倣でなく体系化した認知が必要との論点は重要である（５）。

保健医療と社会福祉をつなぐ「精神保健福祉学」の構築は、精神科ソーシャルワークの枠を超え領域横断的になされるべきである。学際場で得られた研究成果を、各専門職が自らの領域内にとどめず「精神保健福祉学」へ統合していくことで、その存在はより確かになるだろう。